



# Struttura Residenziale per il trattamento di utenti in doppia diagnosi "Alda Merini"



## Sommario

<b>1. STRUTTURA</b> .....	3
1.1 INFORMAZIONI GENERALI .....	3
1.2 GLI OPERATORI .....	4
1.3 MODALITA' DI ACCESSO.....	5
<b>2. DATI DI ATTIVITA'</b> .....	6
2.1 GENERE .....	6
2.2 ETA' .....	6
2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA.....	7
2.4 TITOLO DI STUDIO .....	7
2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA.....	8
2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO .....	8
2.7 STATO CIVILE .....	9
2.8 TEST EPATITE C.....	9
2.9 TEST HIV.....	10
2.10 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO .....	10
2.11 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI.....	11
2.12 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA .....	11
2.13 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2023 (tot utenti dimessi: 22) .....	12
2.14 DIAGNOSI.....	12
Commento ai dati di attività: .....	13
<b>3. INDICATORI DI EFFICACIA</b> .....	13
Commento agli indicatori di efficacia.....	14
<b>4. PRODOTTI</b> .....	15
4.1 CATALOGO PRODOTTI.....	15
4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI .....	17
Commento ai prodotti: .....	18
<b>5. PROCEDURE</b> .....	18
5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE .....	18
Commento alle procedure.....	19
Commento alle non conformità .....	20
<b>6. RISCHIO CLINICO</b> .....	21
Commenti sul rischio clinico .....	22
<b>7. VERIFICHE QUALITA'</b> .....	23
Commento alle verifiche:.....	23
<b>8. OBIETTIVI SPECIFICI</b> .....	24
Commento agli obiettivi specifici.....	24
<b>9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET</b> .....	25

9.1 PREVENTIVO DI BUDGET .....	25
9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET .....	26
Commento al budget: .....	26
<b>10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE .....</b>	<b>26</b>
<b>11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA .....</b>	<b>27</b>
Commenti al questionario sulla qualità percepita .....	29

## 1. STRUTTURA

### 1.1 INFORMAZIONI GENERALI

**Denominazione:** Struttura residenziale per persone con dipendenza da sostanze d'abuso e patologie psichiatriche "Alda Merini"

**Sede:** Reggio Emilia Via Domenico Sassi, 4

**Tel/fax:** 0522/963021- Cell. 329/6707286 Email: alda.merini@libera-mente.org

**Autorizzazione al funzionamento** del comune di Reggio Emilia – area servizi alla persona.

**Iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari** come previsto dalla normativa nazionale e regionale con D.n.1620 del 10/02/2003.

**Accreditamento Istituzionale** della struttura con DETERMINAZIONE n° 12836 del 05/10/2015

**Orario:** Struttura residenziale aperta per le 24 ore

**Retta:** Regione Emilia Romagna 149,75 euro. Interamente a carico dell'AUSL di residenza

**Capienza:** 12 utenti

**Tempo medio di permanenza:** 1/9 mesi

#### Obiettivi generali

- Osservazione e approfondimento diagnostico in contesto protetto
- Formulazione di programmi di intervento personalizzati in accordo con i servizi invianti
- Orientamento al trattamento
- Trattamento terapeutico ed educativo intensivo
- Gestione degli aspetti tossicomaniaci
- Tutela dello stato di salute
- Promozione di risorse ed autonomie residue
- Promozione di processi di socializzazione adeguati

#### Obiettivi specifici

Il programma si articola in 4 percorsi non necessariamente consequenziali, declinati da progetto individualizzato recante bisogni e richieste dell'utente e del servizio inviante:

- 1) percorso di osservazione ed approfondimento diagnostico
- 2) percorso di stabilizzazione e sostegno motivazionale
- 3) percorso finalizzato alla continuità terapeutica
- 4) percorso socioriabilitativo di accompagnamento territoriale

#### Modello d'intervento

La Comunità Alda Merini prevede la strutturazione di percorsi differenziati a livello gruppale e individuale. L'accoglienza di utenti in cui l'uso di sostanze è in comorbilità con disturbi psichiatrici rende necessario un intervento basato soprattutto su trattamenti intensivi ed integrati.

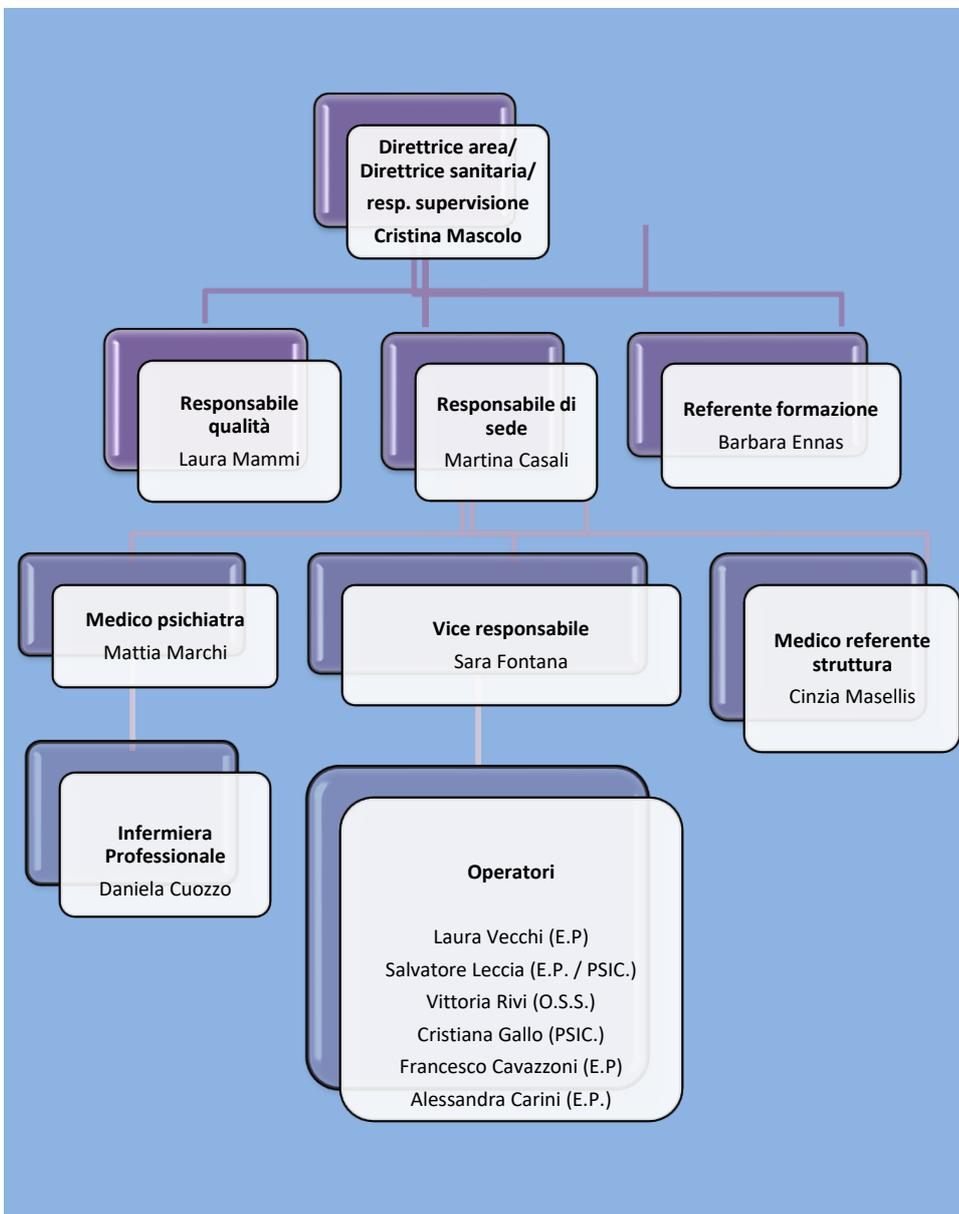
Il lavoro terapeutico trova il proprio baricentro sull'asse terapeutico-riabilitativo a partire dai diversi contributi della psichiatria sociale e clinica, della psicoterapia e della riabilitazione psichiatrica. Tale visione è frutto dell'esigenza di affrontare problematiche non ascrivibili a un'unica area psicopatologica, in un'ottica inclusiva che abbracci l'attuale complessità della sfera delle dipendenze.

Il modello di intervento si basa su un'equipe multidisciplinare:

- Il responsabile gestisce le procedure di ingresso dell'utente ed i rapporti con i servizi inviati per l'intera durata del percorso.
- L'educatore gestisce la quotidianità educativa, coordina le attività individuali e di gruppo e l'organizzazione del tempo.
- Lo psicologo offre percorsi di psicoterapia individuale, conduce gruppi di terapeutici, attua assesment psicodiagnostici.
- Lo psichiatra si occupa dell'osservazione clinica del paziente e della gestione della terapia psicofarmacologica, coadiuvato dall'infermiere professionale

## 1.2 GLI OPERATORI

Gli operatori sono in possesso dei necessari titoli accademici, opportunamente formati e messi in condizione di esprimere una sintesi fra le capacità umane e quelle professionali.



### **1.3 MODALITA' DI ACCESSO**

L'accesso in struttura residenziale può avvenire attraverso le seguenti modalità:

- invio del SerDP e C.S.M. di residenza

L'accesso è subordinato all'autorizzazione del Servizio per le Tossicodipendenze e dal Centro di Salute Mentale di residenza del richiedente.

Prima dell'ingresso viene effettuata una valutazione congiunta Ser.T./C.S.M. invianti, utente, Comunità, indirizzata ad individuare il programma personalizzato più idoneo alle esigenze e problematiche dell'utente.

A scopo preventivo, prima dell'ingresso in Comunità Residenziale sarà necessario sottoporsi ad una serie di esami clinici ed accertamenti. A tal fine, l'utente e gli invianti vengono opportunamente informati circa i necessari adempimenti da compiere tramite apposito elenco di documenti ed esami richiesti.

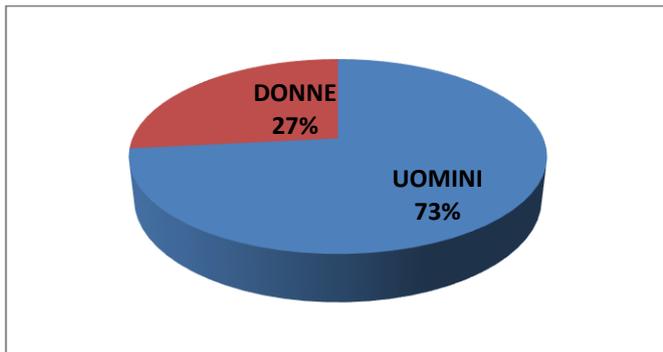
## 2. DATI DI ATTIVITA'

NUMERO UTENTI TRATTATI - CONFRONTO ULTIMI TRE ANNI:

	2023	2022	2021
<b>NUMERO UTENTI TRATTATI</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>33</b>

### 2.1 GENERE

Anno 2023

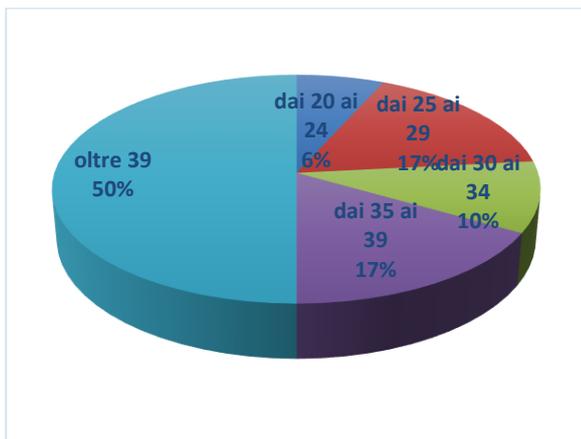


Confronto ultimi tre anni

GENERE	2023	2022	2021
UOMINI	73%	75%	82%
DONNE	27%	25%	18%

### 2.2 ETA'

Anno 2023

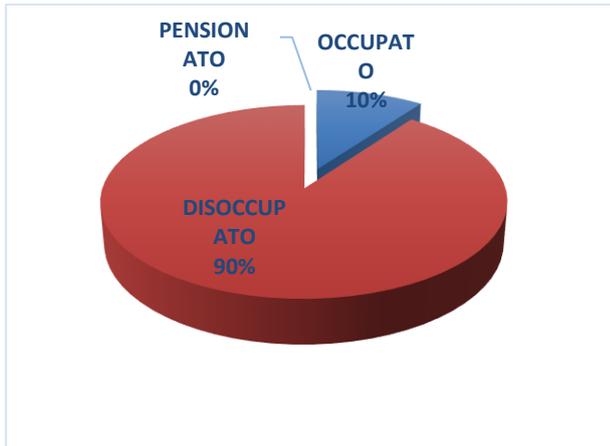


Confronto ultimi tre anni

ETA'	2023	2022	2021
dai 20 ai 24	6%	7%	9%
Dai 25 ai 29	17%	15%	9%
Dai 30 ai 34	10%	7%	15%
Dai 35 ai 39	17%	14%	18%
Oltre i 39	50%	57%	49%

## 2.3 CONDIZIONE LAVORATIVA

Anno 2023

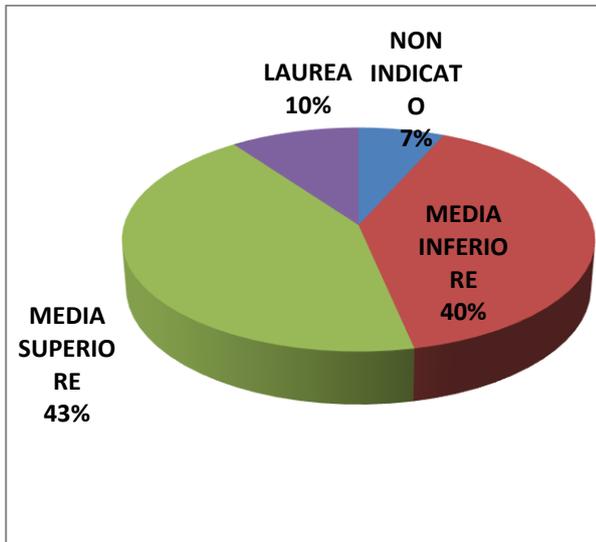


Confronto ultimi tre anni

CONDIZIONE LAVORATIVA	2023	2022	2021
Occupato	10%	11%	0%
Disoccupato	90%	82%	96%
Pensionato	0%	7%	4%

## 2.4 TITOLO DI STUDIO

Anno 2023

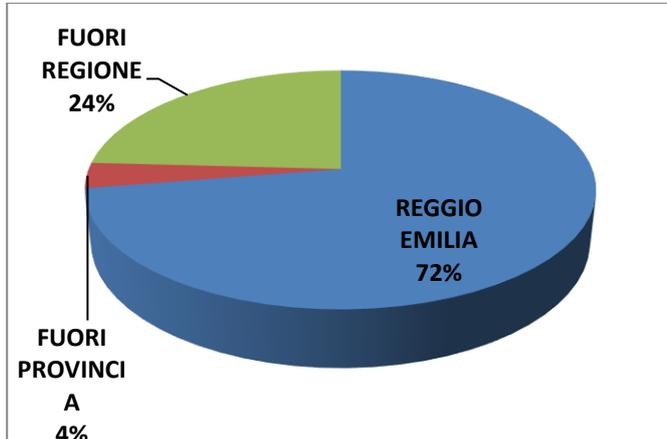


Confronto ultimi tre anni

TITOLO DI STUDIO	2023	2022	2021
Licenza elementare	0%	3%	0%
Media inferiore	40%	61%	70%
Media superiore	43%	25%	21%
Laurea	10%	11%	9%

## 2.5 TERRITORIO DI PROVENIENZA

Anno 2023

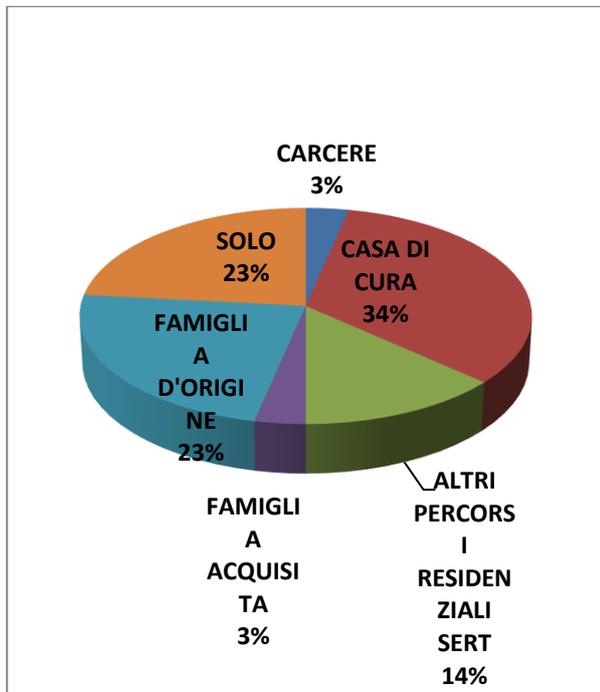


Confronto ultimi tre anni

TERRITORIO	2023	2022	2021
Reggio e Provincia	72%	82%	64%
Fuori Provincia	4%	11%	12%
Fuori Regione	24%	7%	24%

## 2.6 PROVENIENZA ALL'INGRESSO

Anno 2023

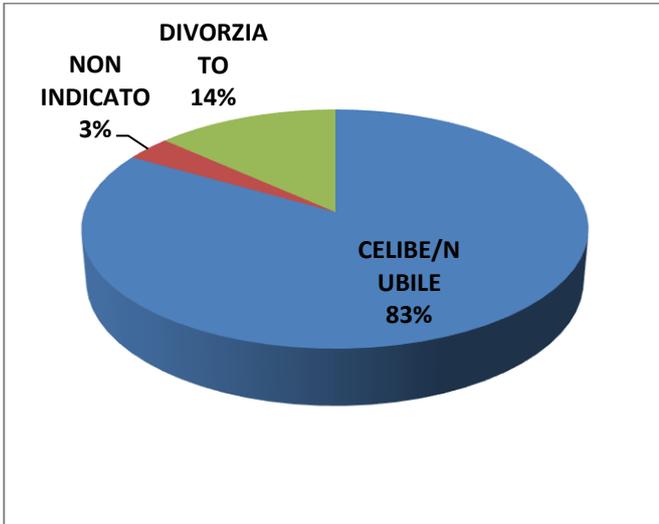


Confronto ultimi tre anni

PROVENIENZA	2023	2022	2021
Carcere	3%	4%	3%
Casa di Cura	34%	18%	55%
Altri percorsi residenziali SerT	14%	11%	18%
Famiglia acquisita	3%	7%	3%
Famiglia d'origine	23%	32%	18%
Solo	23%	28%	3%

## 2.7 STATO CIVILE

Anno 2023

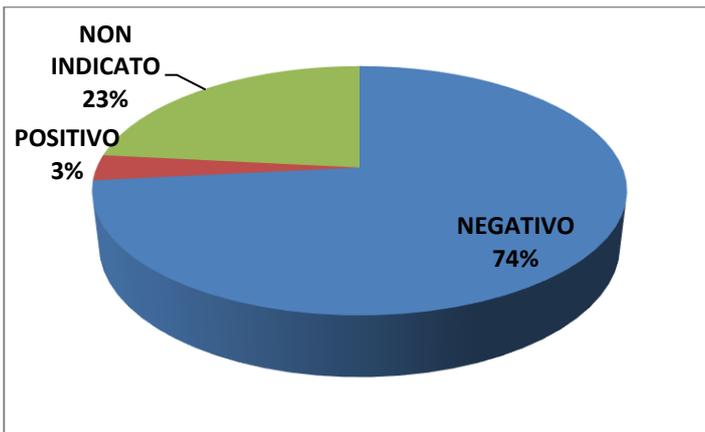


Confronto ultimi tre anni

STATO CIVILE	2023	2022	2021
Celibe/Nubile	83%	68%	85%
Coniugato	0	4%	6%
Divorziato	14%	25%	3%
Vedovo	0	3%	3%
Non indicato	3%		

## 2.8 TEST EPATITE C

Anno 2023



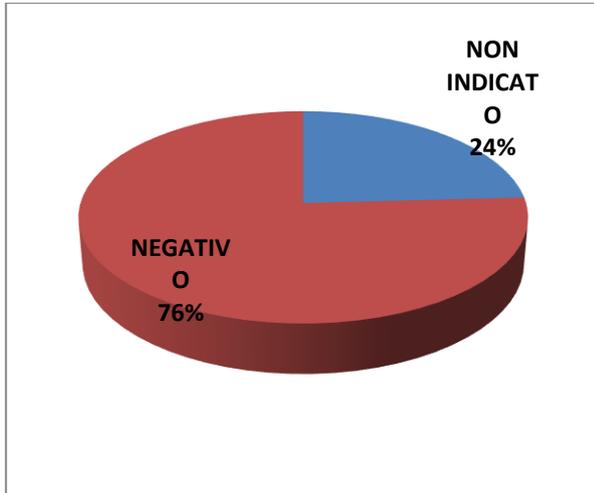
Confronto ultimi tre anni

EPATITE	2023	2022	2021
Negativo	74%	75%	79%
Positivo	3%	14%	15%
Non indicato	23%	11%	6%

## 2.9 TEST HIV

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni

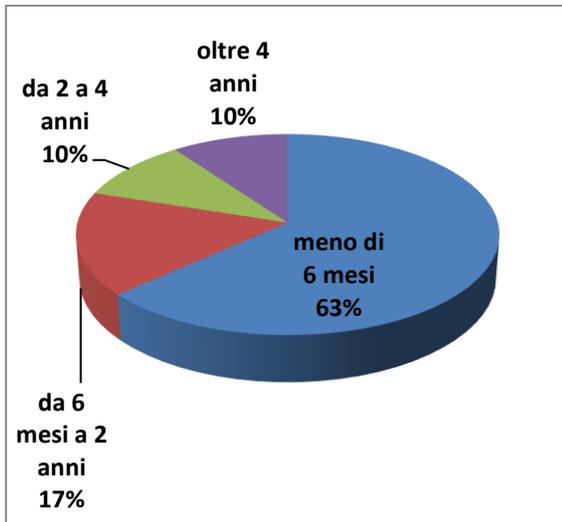


TEST HIV	2023	2022	2021
Positivo		0%	3%
Negativo	76%	89%	91%
Non indicato	24%	11%	6%

## 2.10 DURATA PROGRAMMI PRECEDENTI ALL'INGRESSO

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni

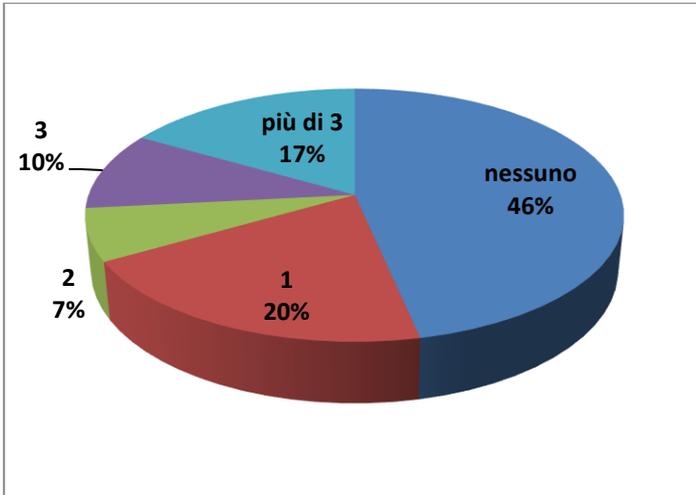


DURATA PROGRAMMI	2023	2022	2021
Meno di 6 mesi	63%	39%	34%
Da 6 mesi a 2 anni	17%	7%	18%
Da 2 a 4 anni	10%	22%	30%
Oltre 4 anni	10%	32%	18%

## 2.11 PROGRAMMI PREGRESSI PER NUMERO DI CENTRI

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni

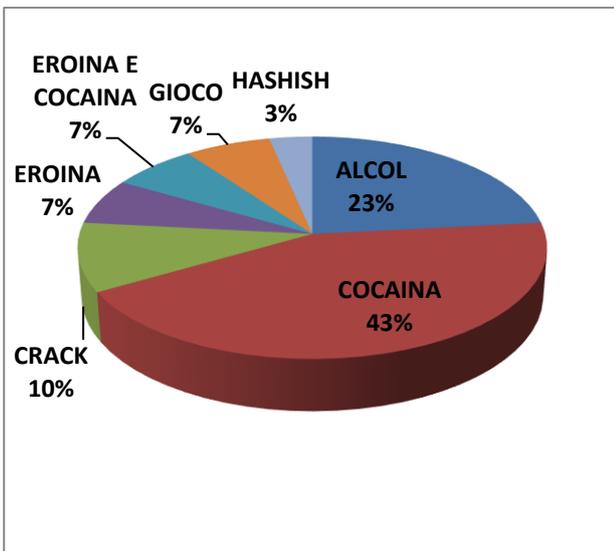


N° PROGRAMMI	2023	2022	2021
Nessuno	46%	18%	15%
Una struttura	20%	32%	24%
2 strutture	7%	14%	21%
3 strutture	10%	11%	12%
Oltre 3 strutture	17%	25%	28%

## 2.12 SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni

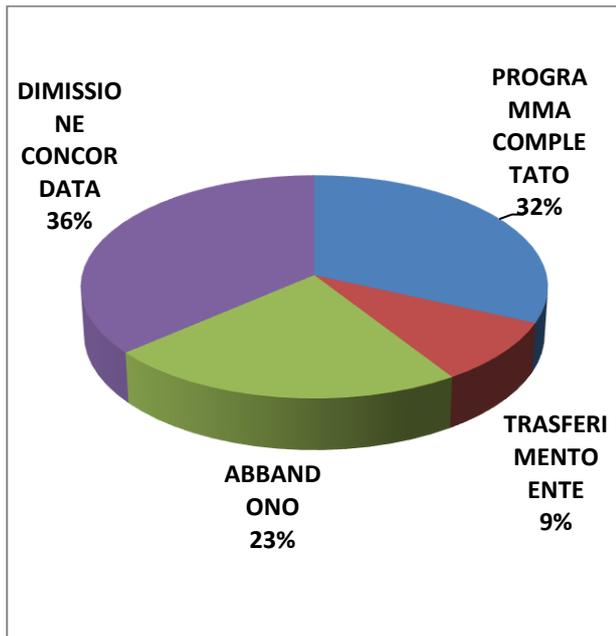


SOSTANZA ABUSO	2023	2022	2021
Alcol	23%	32%	40%
Cocaina	43%	25%	27%
Eroina	7%	3%	6%
Eroina/Cocaina	7%	7%	6%
Crack	10%	7%	6%
Hashish	3%	18%	15%

## 2.13 ESITI PROGRAMMA AL 31/12/2023 (tot utenti dimessi: 22)

Anno 2023

Confronto ultimi tre anni



ESITI	2023	2022	2021
Programma completato	32%	45%	28%
Programma completato e passaggio appartamento	Vedi commento ai dati	15%	
Trasferimento sede	Vedi commento ai dati	0%	3%
Trasferimento ente	9%	10%	14%
Dimissione concordata	36%	20%	28%
Abbandono	23%	10%	28%

## 2.14 DIAGNOSI

DIAGNOSI	N° UTENTI
DISTURBO DI PERSONALITA' EMOTIVAMENTE INSTABILE DI TIPO BORDERLINE (F 60.3)	8
DISTURBO DI PERSONALITA NAS (F60.9)	2
SINDROME SCHIZOAFFETTIVA (F25)	5
SINDROME SCHIZOTIPICA (F21)	1
SCHIZOFRENIA PARANOIDE (F 20)	1
SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE (F31)	4
PSICOSI (F23)	5

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE GRAVE CON SINTOMI PSICOTICI (F32.3)	1
DISTURBO ANSIOSO E DEPRESSIVO IN PERSONALITA' NAS (F60.9)	1
SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI DA USO DI SOSTANZE (F 10.9)	1
SINDROME OSSESSIVO COMPULSIVA (F42)	1

### Commento ai dati di attività:

Nell'anno 2023 si registrano come particolarmente significativi i seguenti dati (anche in relazione agli anni precedenti):

- graduale incremento dell'utenza femminile
- cauto aumento di utenti giovani (24% con età inferiore ai trent'anni) a fronte di una lieve decrescita di utenti anziani (50% con oltre 40 anni).
- aumento significativo degli utenti provenienti da fuori regione
- incremento di utenti provenienti da Casa di Cura
- aumento molto significativo di utenti al primo programma comunitario, corrispondente ad un altrettanto significativa diminuzione di utenti con diversi programmi terapeutici alle spalle.
- aumento molto significativo della cocaina come sostanze di abuso primaria, che per il primo anno supera l'alcol
- riduzione dei programmi completati e corrispondente aumento delle interruzioni di programma e delle dimissioni concordate, probabilmente da mettere in relazione al dato sulle sostanze. La gestione dell'utente che consuma cocaina ed in particolare cocaina/crack risulta in generale più complessa di quella dell'utente etilista.
- Rispetto agli esiti dei programmi si sottolineano due dati significativi ma non emergenti dalle tabelle: il primo è che due utenti della struttura nel corso del loro percorso sono stati temporaneamente trasferiti presso altre sedi della Cooperativa, per evitarne l'allontanamento e garantirne la continuità terapeutica. Il secondo è che 4 degli utenti che risultano avere completato il programma sono stati trasferiti presso gli appartamenti terapeutici della Cooperativa, in quanto è stato valutato il bisogno di un accompagnamento graduale verso l'autonomia.

## 3. INDICATORI DI EFFICACIA

Indicatori Efficacia	Esiti 2022	Standard 2023	Esiti 2023
Tasso Utilizzo Posti Letto	<b>91,8%</b>	<b>100%</b>	<b>92,6%</b>

Utenti Dimessi /Totale utenti in programma	<b>64%</b>	<b>60%</b>	<b>57%</b>
Interruzione Programma 3/6/12 mesi	<b>7,1</b>	<b>10%</b>	<b>16,6%</b>
Audit sugli abbandoni	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Mortalità	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

### Commento agli indicatori di efficacia

- Il dato sul tasso utilizzo posti letto è in aumento rispetto all'anno precedente.
- Le dimissioni sono in linea con lo standard auspicato.
- I casi di abbandono risultano invece superiori.

Rispetto ai casi di abbandono, in data 7/2/2024 è stato effettuato l'audit annuale sulle interruzioni di programma.

Di seguito le principali riflessioni dell'equipe prodotte in sede di audit:

- In generale gli invii sono stati appropriati ed hanno risposto alle caratteristiche della struttura, con l'eccezione di due casi, che hanno presentato anomalie dal punto di vista dell'appropriatezza: il primo era stato inviato per un periodo di provvedimento proveniente dalla CT Mancasale per uso ripetuto di sostanze (crack) durante il percorso. Si trattava di un utente non diagnosticato come doppia diagnosi ma con fragilità psichiche da valutare.
- Per quanto riguarda il secondo caso, già dal pre-ingresso vi erano forti criticità legate alla barriera linguistica e culturale (pz nigeriano), al fatto che non avesse mai svolto percorsi comunitari o terapeutici precedenti e a causa della scarsa conoscenza e presa in carico da parte dei servizi inviati.
- Rispetto al craving, l'equipe lo individua come elemento di forte crisi e di acting out rispetto all'abbandono. Unicamente in un paziente non si è evidenziato craving critico in fase di abbandono.
- Tre pazienti dei cinque utenti che hanno abbandonato il percorso erano accomunati dalla dipendenza da crack, che ha comportato un'escalation di craving e successivamente di uso improprio (sia in struttura che al di fuori).  
L'elevata compulsività determinata dal crack ha impedito un rientro comportamentale nella norma.
- L'equipe ha tendenzialmente ben affrontato e gestito le situazioni nonostante siano comunque sfociate in abbandoni. Sono state messe in atto tutte le azioni per garantire la continuità terapeutica e la tutela degli utenti.

L'elemento maggiormente significativo al fine dell'abbandono è da ricondurre all'uso di crack (sostanza che determina dipendenza psicologica elevata e forte compulsività).

L'uso di crack si associa alla fragilità psichica creando una combinazione difficile da contenere.

A nostro parere, in questi casi sarebbe opportuno avere la possibilità di effettuare ricoveri (in collaborazione con i servizi), al fine di ottenere una maggiore stabilità e contenimento.

La riflessione generale dell'equipe riguarda l'oscillazione continua che occorre adottare in struttura tra contenimento (che gli utenti non sono in grado di reggere) e riduzione del danno (che in un percorso di apertura all'esterno può determinare reperimento ed assunzione di sostanze in maniera compulsiva e quindi non compatibile con un programma terapeutico).

L'unico antidoto che l'equipe individua è una proposta maggiormente articolata di attività risocializzanti. L'argomento sarà affrontato in fase di pianificazione annuale.

Obiettivi di audit che erano stati evidenziati per l'anno 2023:

OBIETTIVO	STANDARD 2022	ESITO 2023
Continuare a lavorare sulla valutazione per ottenere l'esito del 100% nelle schede valutazione iter di trattamento	100%	100%
Programmare per il 2023 una formazione sulla gestione del craving	1 formazione	1 formazione

Entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti.

## 4. PRODOTTI

### 4.1 CATALOGO PRODOTTI

Prodotti / Servizi del programma terapeutico	
1	Percorsi differenziati
2	Attività terapeutico-riabilitative di gruppo
3	Accompagnamento e sostegno ai famigliari
4	Colloqui con gli utenti
5	Attività informativa

Prodotto 1 – Percorsi differenziati	
Sottoprodotto A– Percorso di osservazione ed approfondimento diagnostico	
Target	Caratt. Qualitative
Utenti poco conosciuti dai servizi invianti, o solo a livello ambulatoriale	Definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato
Sottoprodotto B – Percorso di stabilizzazione e sostegno motivazionale	
Target	Caratt. qualitative
Utenti per i quali sia già stato individuato un percorso successivo, ma che non presentano al momento attuale una condizione di stabilità psico-fisica che gli permetta di affrontarlo in maniera adeguata	intervento finalizzato al recupero del benessere psico-fisico e all' aumento del potenziale di cambiamento dei pazienti per favorirne l'adesione e la partecipazione a progetti riabilitativi.

Sottoprodotto C – Percorso di continuità terapeutica
--

Target	Caratt. qualitative
Utenti già all'interno di programmi terapeutico-riabilitativi presso altre strutture, che stiano attraversando momenti di crisi	Recupero della stabilità psico-fisica (quando sia possibile) e garanzia della continuità terapeutica
<b>Sottoprodotto D – Percorso socio-riabilitativo di accompagnamento territoriale</b>	
Target	Caratt. qualitative
Utenti che necessitano di una permanenza più prolungata, con possibilità di sperimentazione di una sorta di pre-reinserimento	Attivazione di percorsi graduali e mirati di accompagnamento e di sperimentazione di piccole autonomie, da realizzarsi poi pienamente in strutture specifiche dedicate al reinserimento sociale, o direttamente sul territorio

<b>Prodotto 2 – Attività terapeutico-riabilitative di gruppo</b>	
<b>Sottoprodotto A – Gruppi terapeutici</b>	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Approfondimento delle problematiche personali e di gruppo, definizione di strategie di risoluzione dei problemi
<b>Sottoprodotto B – Gruppi educativi</b>	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Riunioni organizzative, educazione alla salute, sensibilizzazione su temi specifici di rilevanza sociale

<b>Sottoprodotto C – Attività di gruppo riabilitative</b>	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Promozione di competenze e risorse residue e di modalità relazionali e sociali adeguate finalizzate al raggiungimento del massimo livello di responsabilizzazione ed autonomia.

<b>Prodotto 3 – Accompagnamento e sostegno ai familiari</b>	
Target	Caratt. qualitative

Famigliari delle persone accolte	Accompagnamento e sostegno ad alcuni nuclei familiari degli utenti in struttura, che si caratterizza per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri strutturati e calendarizzati</li> <li>- Condotti da un operatore di riferimento del nucleo</li> <li>- Continuativi nel tempo, per tutta la durata del percorso dell'utente all'interno della sede</li> </ul>
----------------------------------	--

<b>Prodotto 4 – Colloqui con gli utenti</b>	
Target	Caratt. qualitative
Utenti inseriti in struttura	Colloqui di sostegno e contenimento emotivo, rivolti ad un'utenza che, per caratteristiche di particolare fragilità e complessità, necessita di sentirsi accolta, ascoltata, sostenuta ed accompagnata, durante l'intero percorso in struttura

<b>Prodotto 5 - Attività informativa</b>	
Target	Caratt. qualitative
Cittadini del territorio, servizi, organi informativi	Eventi finalizzati ad informare i cittadini delle finalità della struttura, della efficienza ed efficacia dei servizi offerti

## 4.2 STANDARD /ESITI PRODOTTI

Prodotto	Esiti 2022	Standard attesi 2023	Esiti 2023
Percorsi differenziati percentuale percorso/totale percorsi attivati	1) 31%	1) 45%	<b>1. 40%</b>
1) Osservazione e approfondimento diagnostico	2) 24%	2) 30%	<b>2. 23%</b>
2) Stabilizzazione e sostegno motivazionale	3) 16%	3) 10%	<b>3. 14%</b>
3) Continuità terapeutica	4) 29%	4) 15%	<b>4. 21%</b>
4) Accompagnamento territoriale			
Attività terapeutico-riabilitative di gruppo: Percentuale attività effettuate / totale delle attività dichiarate (260)	1) 100%	1) 85%	<b>1. 65%</b>
1) Gruppi terapeutici/totale attività dichiarate (52)	2) 102%	2) 85%	<b>2. 75%</b>
2) Gruppi educativi/totale attività dichiarate (104)	3) 88%	3) 85%	<b>3. 81%</b>
3) Attività riabilitative di gruppo/totale attività dichiarate (104)			

Sostegno e accompagnamento ai familiari Percorsi di sostegno e accompagnamento ai familiari attivati/numero degli accolti nell'anno	21%	20%	<b>23%</b>
Colloqui Colloqui effettivi/colloqui dichiarati (624)	96%	90%	<b>122%</b>
Attività Informativa	N° 0	N°1	<b>N°1</b>

### Commento ai prodotti:

**PRODOTTO 1 Percorsi differenziati:** tutti gli esiti risultano abbastanza conformi agli standard.

**PRODOTTO 2 Attività terapeutico-riabilitative di gruppo:** gli esiti dei gruppi terapeutici sono inferiori agli standard. La corretta interpretazione del dato è da abbinare agli esiti del prodotto 4.

**PRODOTTO 3 Sostegno e accompagnamento ai familiari:** esito conforme allo standard previsto.

**PRODOTTO 4 Colloqui:** esito che supera in maniera molto significativa lo standard auspicato. Questo va a delineare un'utenza particolarmente bisognosa di sostegno individuale e di contenimento emotivo. Le stesse caratteristiche la rendono un'utenza con difficoltà nella gestione della dimensione del confronto e del gruppo (prodotto 2).

**PRODOTTO 5 Attività Informativa:** esito conforme allo standard. Durante la Settimana della Salute Mentale è stato realizzato un evento presso la sede di SD-Factory Laboratorio Creativo, in collaborazione con l'arte terapeuta di Alda Merini.

## 5. PROCEDURE

### 5.1 STANDARD/ESITI PROCEDURE

PROCEDURE STANDARD/ESITI				
<u>Procedura</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Esiti 2022</u>	<u>Standard 2023</u>	<u>Esiti 2023</u>
Controlli in accettazione P-CIA	% annua non conformità rilevate attraverso il M-RNC sul totale delle richieste di acquisto M-RDA	0%	5%	0%
Gestione non conformità P-GNC	% annua reclami rilevati attraverso il M-RNC2 sul totale degli utenti in programma	7%	10%	0%
Gestione del rischio e sicurezza (addetti e utenti) P-GRS	% addetti infortunati all'anno per sede sul totale del personale impiegato	0%	0%	0%
Gestione degli approvvigionamenti	% non conformità all'anno rilevate attraverso il M-RNC sul totale	2%	5%	20%

P-GDA	<i>delle richieste di intervento di assistenza M- RDI</i>			
Azioni di miglioramento P-ADM	<i>Numero gruppi di miglioramento sul totale non conformità /reclami rilevati M-ADM- (RNC/RNC1/RNC2)</i>	17%	10%	10%
Attività residenziali di recupero tossico - dipendenti doppia diagnosi P-ARTDD	<i>Numero dimessi /numero utenti trattati Relazione annuale</i>	64%	60%	57%
Gestione del personale P-GP	<i>% criticità riferite agli addetti in rapporto alle non conformità totali.M-RNC1/TOT Non conf</i>	0%	10%	0%
<b>Gestione della documentazione sistema qualità P-GDQ</b>	<b><i>%non conformità relativa alla corretta gestione della documentazione in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf</i></b>	<b>33%</b>	<b>10%</b>	<b>30%</b>
Gestione della documentazione utente P-GDU	<i>% non conformità relativa alla corretta gestione della cartella utente in rapporto alle non conformità totali M-RNC1/TOT Non conf</i>	8,3%	10%	0%
Gestione Farmaci Doppia Diagnosi P-GDFDD	<i>% non conformità rilevate attraverso il M-RNC1 sul totale delle non conformità</i>	25%	0%	60%
Gestione Abbandoni Doppia Diagnosi P-GADD	<i>% non conformità rilevate M-RNC1 sul totale delle non conformità</i>	0%	0%	0%
Procedura della Formazione Continua P-FC	<i>% N. formazioni attivate/ n. formazioni proposte</i>	Vedi relazione annuale formazione		
Procedura gestione rischio clinico P-GRC	<i>% annua di schede M-SEC sul totale degli utenti in programma</i>	Vedi relazione annuale piano programma		

### Commento alle procedure

In data 7/2/2023 è stato effettuato l'audit sulle non conformità.

Di seguito l'elenco delle non conformità raccolte nella sede nel corso del 2023:

DATA	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	ESITO	COMPILATA DA
02/03/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	RESPONSABILE DI SEDE
05/03/2023	M-RNC3	PROBLEMI RIFORNIMENTO GASOLIO	RISOLTA	EDUCATORE
20/07/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	EDUCATRICE
11/06/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	VICE RESPONSABILE
10/07/2023	M-RNC1	DOCUMENTAZIONE SISTEMA QUALITA'	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
04/08/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	EDUCATRICE
07/08/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	EDUCATRICE
05/10/2023	M-RNC1	REGISTRO ELETTRONICO	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
05/12/2023	M-RNC1	QUESTIONARIO SISTEMA QUALITA'	AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RESPONSABILE QUALITA'
27/12/2023	M-RNC1	FARMACI	RISOLTA	RESPONSABILE SEDE

### Commento alle non conformità

Il numero di non conformità rilevate nella sede rispetto al 2022 cala di due unità (da 12 a 10). Continuano a risultare superiori allo standard auspicato le non conformità relative alla gestione delle terapie farmacologiche. Dal momento che la riduzione delle non conformità relative ai farmaci era uno degli obiettivi individuati in sede di precedente audit, il tema è stato affrontato in sede di audit 2023(07/02/2023), insieme alle altre sedi. Dall'analisi è emersa la seguente tabella:

CAUSE	PERCENTUALE NON CONFORMITA'
COMPORAMENTO UTENTE	16,6%
DISTRAZIONE, STRESS	41,6%
ERRORI ESTERNI (SERVIZI)	0
SUPERFICIALITA'	25%
MANCANZA ORGANIZZAZIONE, SISTEMATIZZAZIONE	16,6%

- Dai risultati delle verifiche sulla gestione delle terapie farmacologiche effettuate

- periodicamente dalla direttrice sanitaria non risultano prodotte non conformità.
- Non sono stati registrati *Incident Reporting* relativamente ai farmaci.
  - La causa maggiore di errore rispetto alle terapie farmacologiche è da attribuire alla distrazione e allo stress del personale.

Si può quindi concludere che le non conformità prodotte nell'anno rispetto ai farmaci non sono in nessun caso risultate gravi, non hanno avuto conseguenze sulla salute degli utenti e sono state tutte risolte dall'equipe di lavoro.

Sono decisamente in calo le non conformità relative alla gestione della documentazione della qualità. Rispetto alla non conformità che riguarda il questionario somministrato agli operatori è stata aperta un'azione di miglioramento che prevede la strutturazione di un pacchetto formativo da proporre annualmente ai neoassunti.

## 6. RISCHIO CLINICO

Nella relazione piano-programma 2022 erano state individuate le seguenti priorità di rischio:

PROCESSO CRITICO DA ANALIZZARE	PRINCIPALI RISCHI	INDICE IPR 2022
PROCESSO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE	ABUSO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	54
	ESPRESSIONE AGITA DI DISAGIO INTERIORE	46
	ERRORI RELATIVI ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA	42
	EPISODI DI AGGRESSIVITA'	39
	EVENTI ACCIDENTALI	30
	ABBANDONI	10
	RISCHI LEGATI AD ERRORI NELLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA UTENTE	13

Erano state di conseguenza individuate alcune linee strategiche di intervento di cui si riportano gli esiti nella colonna più a destra:

PRINCIPALI RISCHI	IPR 2022	LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	TEMPI	ESITI
ABUSO DI SOSTANZE / RICADUTA GIOCO	54	Formazione su craving e gestione ricaduta	2023	<b>formazione effettuata</b>
ESPRESSIONE AGITA DI DISAGIO INTERIORE	46	Formazione sugli stili di conduzione dei gruppi terapeutici	In corso	<b>formazione effettuata</b>
		Formazione su gestione utenti con dipendenza da sostanze e disturbi psichici	2023	<b>formazione effettuata</b>
GESTIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE	42	Riapertura azione di miglioramento farmaci	2023	<b>analisi non conformità</b>

### Commenti sul rischio clinico

Dall'analisi degli Incident reporting del 2023 risulta un calo significativo di eventi relativi ad "espressione agita di disagio interiore", mentre l'incremento più significativo risulta relativo ai "comportamenti aggressivi". Resta con valori significativi il tema dell'abuso di sostanze.

Per un'articolazione più dettagliata dei dati e degli esiti relativi al rischio clinico si rimanda alla "relazione piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico – 2023"

## 7. VERIFICHE QUALITA'

ELEMENTI SISTEMA QUALITA'	GEN.	MAR.	LUG.	AGO.	NOV.	DIC.
GESTIONE DOCUMENTAZIONE UTENTI	27 CONTROLL O CARTELLE MAMMI		11 RILEVAZION I SEMESTRAL I	22 CONTROLL O CARTELLE		13/12 CONTROLLO CARTELLE
	25 RILEVAZION I ANNUALI					
GESTIONE DOCUMENTAZIONE SQ						06/12 CONTROLLO PORTFOLIO
CONTROLLO SANITARIO		17 TERAPIE FARMACOLOGICH E			20 TERAPIE FARMACOLOGICH E	
VERIFICHE ADDETTI Conoscenza Utilizzo Partecipazione						5 QUESTIONARI O

### Commento alle verifiche:

I controlli effettuati nella sede nel corso del 2023 hanno prodotto le seguenti non conformità:

05/12/2023	M- RNC1	QUESTIONARIO SISTEMA QUALITA': ALTA PERCENTUALE DI ERRORI DA PARTE DI 3 OPERATORI	RISOLTA	RESPONSABILE QUALITA'
------------	------------	---	---------	-----------------------

## 8. OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici che erano stati individuati in fase di pianificazione per il 2023 sono di seguito descritti:

Risultati Attesi	Azioni specifiche	Strumenti	Tempi
Relazioni sugli utenti da inoltrare ai servizi, maggiormente accurate dal punto di vista dell'approfondimento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inserimento della figura della psicoterapeuta all'interno dell'equipe di lavoro.</li> <li>Assessment da parte della professionista ingaggiata per ogni utente inserito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colloqui psicoterapeutici</li> <li>Testistica</li> <li>Riunione di equipe settimanale</li> </ul>	12 mesi
Maggiore cura degli spazi e dell'ambiente che caratterizza la struttura, anche in funzione di una futura autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disciplinare e sistematizzare il controllo delle pulizie quotidiane da parte degli operatori, soprattutto quelle degli spazi comuni</li> <li>Portare le tematiche della responsabilità comune e dell'importanza della cura dell'ambiente all'interno del gruppo terapeutico</li> <li>Portare le tematiche della responsabilità comune e dell'importanza della cura dell'ambiente all'interno della riunione organizzativa</li> <li>Organizzare attività terapeutico/riabilitative/socializzanti improntate alla cura dell'ambiente (giardinaggio, riparazione e cura del gazebo, ecc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riunione organizzativa settimanale</li> <li>Gruppi terapeutici</li> <li>Attività riabilitative mirate</li> <li>Controllo quotidiano pulizie</li> </ul>	12 mesi
Messa in atto di una fase esplorativa di un percorso di ricerca sull'esperienza di Alda Merini	Costituzione di un gruppo di miglioramento formato da direttrice di area/direttrice sanitaria, responsabile di sede, psichiatra e psicoterapeuta della sede per impostare il percorso di ricerca	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diario clinico</li> <li>Risultati testistica</li> <li>Incontri dedicati</li> <li>Riunioni di equipe</li> </ul>	12 mesi

### Commento agli obiettivi specifici

OBIETTIVO 1	RAGGIUNTO	Le relazioni finali sono ora prodotte ora dall'incrocio del contributo dello psichiatra, dello psicoterapeuta e dell'operatore di riferimento di ogni utente. La parte della psicoterapeuta comprende un assessment basato su specifica testistica.
-------------	-----------	---

OBIETTIVO 2	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	La diagnosi di depressione maggiore di diversi utenti ha limitato le possibilità di attivazione rispetto all'obiettivo
OBIETTIVO 3	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	In considerazione del craving da crack come causa principale di diversi abbandoni (vedi audit) è stata impostata una ricerca sul funzionamento di personalità degli utenti dipendenti dalla sostanza

## 9. CONTROLLO DI GESTIONE BUDGET

### 9.1 PREVENTIVO DI BUDGET

C 24 MERINI	BDG 2023	%
<b>RICAVI NETTI</b>	€ <b>601.246,25</b>	<b>100,0%</b>
Fornitori e altri costi produzione	-€ 150.000,00	-24,9%
Personale	-€ 334.033,10	-55,6%
<b>MARGINE OPER. LORDO - 1° margine</b>	€ <b>117.213,15</b>	<b>19,5%</b>
Somma Spese Generali	-€ 98.236,99	-16,3%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-€ 2.000,00	-0,3%
Tasse	-€ 4.000,00	-0,7%
<b>RISULTATO NETTO - 3° margine</b>	€ <b>12.976,16</b>	<b>2,2%</b>

Gli obiettivi di BUDGET che erano stati definiti in fase di pianificazione 2023 erano i seguenti:

– **Ricavi**

Il valore è stato stimato pensando ad una presenza media di 11 utenti in struttura

- **Valore del personale**

L'aumento del valore del personale tiene conto dell'assunzione di nuovo personale

- **Costo dei Fornitori per € 125.050**

Si ipotizza un costo dei fornitori alto, legato alla congiuntura economica sfavorevole. Calcolando le spese legate alla "sovrastuttura" aziendale cioè la somma delle spese generali, considerando gli ammortamenti dei beni materiali e provando a stimare le tasse, si ipotizza un risultato netto positivo a fine esercizio di **12.976,16** euro.

## 9.2 CONSUNTIVO DI BUDGET

C 24 MERINI	%	S.D.D. MERINI	%
<b>RICAVI NETTI</b>	<b>100,0%</b>	€ <b>615.622,25</b>	<b>100,0%</b>
Fornitori e altri costi produzione	-23,9%	-€ 148.239,73	-24,1%
Personale	-52,3%	-€ 313.018,11	-50,8%
<b>MARGINE OPER. LORDO - 1° margine</b>	<b>23,8%</b>	€ <b>154.364,41</b>	<b>25,1%</b>
Somma Spese Generali	-14,0%	-€ 84.233,74	-13,7%
Ammortamenti e/o Accantonamenti	-0,3%	-€ 1.893,68	-0,3%
Tasse	-0,8%	-€ 5.110,04	-0,8%
<b>RISULTATO NETTO - 3° margine</b>	<b>7,9%</b>	€ <b>63.126,95</b>	<b>10,3%</b>

### Commento al budget:

Rispetto al ricavo netto dell'anno si registra un dato superiore a quello previsto.

Le cause principali sono da attribuirsi a:

- Una presenza media di utenti pari a 11,2
- Un minore costo dei fornitori, legato in particolare al costo del gasolio che, al contrario di quanto ipotizzato, è rimasto in linea con gli anni precedenti
- un minore costo del personale legato al turnover dell'equipe e all'assunzione di educatori giovani

## 10. VERIFICA PIANIFICAZIONE FORMAZIONE

Per l'intera sezione relativa alla formazione si rimanda alla specifica relazione.

Si segnala che i principali bisogni formativi evidenziati in sede di pianificazione 2023 erano:

- A. Nuove forme di gioco
- B. Approfondimento del percorso sulle consulenze economiche approfondite ad utenti in situazioni debitorie
- C. Partecipazione alla formazione sulla DBT organizzata dal SerT di Modena

Sulla base della:

- preventiva raccolta dei bisogni formativi nelle singole equipe;
- dati emersi dalla relazione piano-programma sul rischio clinico;
- valutazioni di budget
- garanzia di acquisizione degli ECM

nell'anno 2023 sono stati attivati i seguenti percorsi formativi:

TITOLO	DOCENTE	MONTE ORE
--------	---------	-----------

Gestione affettività e sessualità nelle strutture	Dr.ssa Silvia Barbieri	15
Gestione utente in doppia diagnosi	Dr. Antonio Mosti	10
Gestione utente psichiatrico	Dr. Enrico Baraldi	5
Antisocialità e narcisismo	Dr. Giuseppe Iraci	15
Identificazione e gestione Craving	Dr. Cesare Rinaldini	15

Le formazioni attivate hanno risposto ai bisogni formativi individuati in sede di pianificazione

## 11. QUESTIONARIO SULLA QUALITA' PERCEPITA

In data 01/09/2023 sono stati somministrati i questionari di soddisfazione ad un numero di 12 utenti.

È stato attribuito un punteggio di valore alle categorie di gradimento da 1 a 4, per definire un valore di "soddisfazione" ad ogni item proposto. A seguire i risultati:

ANNUALITA'	1.1 PUOI CIRCOLARE LIBERAMENTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, RAGGIUNGENDO OGNI LUOGO?	1.2 I LUOGHI DI AGGREGAZIONE COLLETTIVA SONO SODDISFACENTI?	1.3 GLI SPAZI PERSONALI SODDISFANO LE TUE ESIGENZE?	1.4 GLI SPAZI PERSONALI SONO SUFFICIENTI?
2021	3,2	2,8	2,9	3,3
2022	3,2	2,8	2,9	2,6
2023	3,5	2,9	3,2	2,6

	1.5 GLI SPAZI PERSONALI SONO ACCOGLIENTI?	1.6 CREDI CHE CI SIA ATTENZIONE, A LIVELLO STRUTTURALE, PER LE DIVERSE ESIGENZE?	1.7 NELLA STRUTTURA IN CUI VIVI TI SEMBRA CHE LE NORME DI SICUREZZA SIANO RISPETTATE?	1.8 LA MANUTENZIONE DELLA STRUTTURA E' ESEGUITA IN MODO SODDISFACENTE?
	2,9	3	3,2	3,2
	2,8	2,8	2,8	2,7
	2,8	2,5	3,2	3,1

	1.9 LA PULIZIA DEGLI AMBIENTI E' SODDISFACENTE?	1.10 IL CIBO E' SUFFICIENTE?	1.11 IL CIBO E' DI TUO GUSTO?	2.1 GLI OPERATORI SONO DISPONIBILI AD ASCOLTARE I TUOI PROBLEMI?
	2,9	3,5	2,6	3,5

2,3	2,5	2,2	3,1
2,8	2,7	2,4	3,4

2.2 TIENI IN CONSIDERAZIONE LE OPINIONI, I CONSIGLI E LE OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI?	2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?	2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?	2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?
3,3	3,5	3,4	3,5
2,8	3,1	2,8	2,8
3,2	3,5	3,5	3,5

3.1 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO CHIARE?	3.2 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO UTILI?	3.3 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO IMPORTANTI NEL TUO PERCORSO TERAPEUTICO?	3.4 RITIENI CHE LE REGOLE CHE IL PROGRAMMA PREVEDE SIANO FATIGOSE DA RISPETTARE?
3,2	3	3,1	2,6
2,7	2,8	2,8	2
3,1	2,9	3,2	2,6

4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.2 RITIENI CHE I GRUPPI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.3 RITIENI CHE I COLLOQUI INDIVIDUALI PREVISTI DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	4.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA'/MANSIONI QUOTIDIANE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
3	3	3,3	2,9
2,5	2,5	2,8	2,9
3,4	3,2	3,3	3,2

5.1 RITIENI CHE LE ATTIVITA' MOTORIE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	5.2 RITIENI CHE LE GITE PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?	5.3 RITIENI CHE L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE PREVISTA DAL PROGRAMMA SIA UTILE?	5.4 RITIENI CHE LE ATTIVITA' CULTURALI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?
2,6	3,3	3,2	3
2,4	2,9	2,9	2,3
2,7	3,4	3,3	2,8

6.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?	6.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?	7.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBELMI DI DIPENDENZA?	7.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?
2,4	3	3,1	3,1
2,4	2,8	2,7	2,7
3,1	3,4	3,5	3,4

### Commenti al questionario sulla qualità percepita

I risultati dei questionari sono positivi e soprattutto molto migliorativi rispetto all'anno precedente. Gli item con i valori più alti (a parte il primo in elenco) sono relativi al gradimento degli operatori e alla percezione di utilità del programma terapeutico:

**1.1 PUOI CIRCOLARE LIBERAMENTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, RAGGIUNGENDO OGNI LUOGO?**

**2.3 GLI OPERATORI SONO ATTENTI A SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO CON PUNTUALITA'?**

**2.4 GLI OPERATORI SONO DOTATI DELLA PREPARAZIONE ADEGUATA PER SVOLGERE IN MODO APPROPRIATO IL LORO LAVORO?**

**2.5 RITIENI CHE GLI OPERATORI SIANO CHIARI E COERENTI CON TE?**

**7.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBLEMI DI DIPENDENZA?**

Da sottolineare inoltre un deciso miglioramento rispetto ad entrambi gli anni precedenti, dei seguenti item:

**6.1 RITIENI CHE LA TUA SALUTE FISICA SIA MIGLIORATA?**

**6.2 RITIENI CHE IL TUO STILE DI VITA SIA MIGLIORATO?**

**7.1 RITIENI CHE IL PROGRAMMA TERAPEUTICO SIA UTILE RISPETTO AI TUOI PROBLEMI DI DIPENDENZA?**

**7.2 RITIENI CHE IL PROGRAMMA DA TE INTRAPRESO SIA SODDISFACENTE?**

**4.1 RITIENI CHE LE RIUNIONI PREVISTE DAL PROGRAMMA SIANO UTILI?**

In peggioramento sono invece gli esiti relativi all'adeguatezza degli spazi personali e sull'attenzione a livello strutturale alle diverse esigenze (ma nulla di particolarmente negativo).